

Année 1939

N°

THESE

715

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Froim SROULEVITCH

MÉDECIN AUXILIAIRE

Né le 17 Décembre 1905, à Chilia (Russie)

Présentée et soutenue publiquement le _____ 19____

LE PURPURA ISOLÉ PALATIN

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **SROULEVITCH.**

Prénom: **Froim.**

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

1

SROULEVITCH (Froim). —
Le Purpura isolé palatin. — *Paris, Imp. M. Lavergne, 1942, in-8°, 44 pages.*
(*Th.Méd. (Univ.), Paris, 1939, N°*).

2

SROULEVITCH (Froim). —
Le Purpura isolé palatin. — *Paris, Imp. M. Lavergne, 1942, in-8°, 44 pages.*
(*Th.Méd. (Univ.), Paris, 1939, N°*).

3

SROULEVITCH (Froim). —
Le Purpura isolé palatin. — *Paris, Imp. M. Lavergne, 1942, in-8°, 44 pages.*
(*Th.Méd. (Univ.), Paris, 1939, N°*).

4

SROULEVITCH (Froim). —
Le Purpura isolé palatin. — *Paris, Imp. M. Lavergne, 1942, in-8°, 44 pages.*
(*Th.Méd. (Univ.), Paris, 1939, N°*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Froim SROULEVITCH

MÉDECIN AUXILIAIRE

Né le 17 Décembre 1905, à Chilia (Russie)

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

LE PURPURA ISOLÉ PALATIN

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1942

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
»	FIESSINGER.
»	HARVIER.
»	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
»	GOSSET.
»	LENORMANT.
»	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	LEVY-SOLAL.
»	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale.....	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	BROCC.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON.
»	GIROUD.
»	HAZARD.
»	JAYLE.
»	JOANNON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BESANÇON (Justin) .	Hydrologie.	LANTUEFOUL	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie chirurgic.
CACHERA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY.....	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
COUVELAIRE	Urologie.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELARUE	Anat. pathologique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgic.
DESGREZ (H.)	Physique.	PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
DESOILLE	Médecine légale.	RENARD	Ophthalmologie.
DIGONNET	Obstétrique.	RICHET	Physiologie.
DOGNON	Physique.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgic.
FEVRE	Pathologie chirurgic.	SICARD	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	SOULIE	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SUREAU	Obstétrique.
GARCIN	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HUGUENIN	Anat. pathologique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique Médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		DE GAUDART D'ALLAINES	
CHEVALLIER		MOULONGUET	
LAROCHE (Guy)		MOURE	
LIÂN			
MOREAU		ECALLE	Clinique Obstétricale.
SEZARY		VIGNES	Clinique Obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE -

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de gratitude pour le grand
honneur qu'il m'a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A M. LE PROFESSEUR GUILLAUME-LOUIS
Directeur de l'Ecole de plein exercice de Médecine de Tours

A MON MAITRE

a

M. LE DOCTEUR PAUL CHEVALLIER
Agrégré à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Cochin
Médecin-Commandant de réserve
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et prodigué ses précieux conseils.*

A M. LE DOCTEUR BONNIN
Suppléant de l'Ecole de Médecine de Tours

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE TOURS ET DE PARIS

INTRODUCTION

C'est en 1928 que Barthélémy attira l'attention sur une forme particulière de purpura, le purpura exclusivement vélopalatin, auquel il attribua une origine vénérienne. M. Paul Chevallier a repris la question dans plusieurs notes. C'est d'après son enseignement que nous rédigeons ce mémoire.

Le purpura palatin et vélopalatin est fréquent au cours des purpuras de diverses natures : il n'y fait figure que d'une localisation accessoire.

Seul nous occupe ici le purpura vélopalatin idio-pathique, celui qui occupe exclusivement le voile et le palais : c'est le seul symptôme objectif de la maladie depuis le début jusqu'à la fin de son évolution.

Ce purpura isolé du palais et de son voile est-il fréquent ? Il semble exceptionnel. Mais, pour M. Paul Chevallier, ce n'est qu'une apparence : sans être fréquent, il ne paraît très rare que parce qu'on a peu l'occasion de regarder le palais chez des sujets qui ne se plaignent de rien ou de presque rien.

Barthélémy l'avait cru spécial aux prostituées. Là aussi il ne s'agit que d'une illusion. M. Paul

Chevallier en a trouvé quatre cas chez des sujets ordinaires dont un cas chez un homme. A son avis, le purpura palatin isolé est surtout trouvé chez des prostituées parce que, de celles-ci, la bouche est examinée de façon systématique une ou deux fois par semaine.

M. Paul Chevalier en a recueilli dix-neuf cas. Si nous ne les rapportons pas tous, c'est que notre maître, mobilisé aux armées, n'a pu nous donner que les observations qu'il avait sous la main.

Deux types doivent être distingués :

1. — Le purpura palatin isolé aigu, forme clinique des purpuras inflammatoires aigus idiopathiques de Paul Chevallier. C'est à ce type qu'appartiennent toutes les observations, sauf une.

2. — Le purpura palatin isolé récidivant accompagné de petits stigmates d'une diathèse hémogénique, syndrome qui pose des problèmes plus complexes sur lesquels M. Paul Chevallier croit devoir ne pas insister actuellement, ne possédant qu'une seule observation, récente et incomplète.

COUP D'ŒIL SUR LES PURPURAS INFLAMMATOIRES
EN GÉNÉRAL, ET LES PURPURAS INFLAMMATOIRES
IDIOPATHIQUES EN PARTICULIER

I

A. — *Les purpuras inflammatoires*

Une coupe de purpura inflammatoire donne l'image d'un érythème inflammatoire hémorragique. Si la pièce est fixée dans un liquide acétique, comme est le Bouin, par exemple, les globules rouges se trouvent détruits ; le sang laqué n'apparaît presque plus, et la vue n'est frappée que par un infiltrat leucocytaire périvasculaire, analogue, dans bien des cas, à celui d'un érythème inflammatoire commun comme est l'érythème polymorphe.

La lésion causale du purpura n'est pas ici une fragilité ou une dégénérescence pures, une « capillarose » ; c'est une inflammation bien caractérisée, une « capillarite », une microangite, où s'aperçoit, surtout ou exclusivement, l'infiltrat périvasculaire : la péricapillarite ou, de façon plus générale, la périangite), caractérise le purpura inflammatoire.

Les purpuras inflammatoires sont des types différents. Le syndrome « purpura inflammatoire »

appartient à des maladies très différentes les unes des autres.

On peut les répartir en trois groupes :

— le groupe des purpuras infectieux aigus, qui comprennent avant tout des septicémies à cocci Gram négatifs ; les formes chroniques sont exceptionnelles (par exemple, le purpura gonococcique chronique quasi apyrétique de MM. Paul Chevallier, Lévy-Bruhl et Bourgeois) ;

— le groupe des purpuras gangréneux ;

— le groupe des purpuras inflammatoires idiopathiques de M. Paul Chevallier.

Il les appela d'abord « bénins », mais, bien que la bénignité *quod vitam* soit de règle, elle n'est pas constante. Il proposa ensuite « simples », mais, dans l'ancienne terminologie, simple s'oppose à hémorragique ; et ces purpuras peuvent donner des hémorragies. Actuellement il les appelle idiopathiques.

B. — *Les purpuras inflammatoires idiopathiques*

La famille des purpuras idiopathiques est assez unie. Leurs caractères sont très semblables d'un cas à l'autre, aussi bien au point de vue clinique qu'aux points de vue histologique et sanguin et même au point de vue causal.

La clinique montre essentiellement des hémorragies dans la peau. Il n'est pas exceptionnel que

l'élément cutané typique se précède ou s'accompagne de lésions érythémateuses (purpura exanthématique des classiques). L'inflammation de la peau est très fréquemment escortée de lésions mésenchymateuses profondes, en particulier de lésions péritonéales, ou de lésions viscérales œdémateuses et purpuriques (gastrite purpurique étudiée par MM. Paul Chevallier et Fr. Moutier, par exemple), ou des hémorragies externes (hématuries), etc., etc...

L'histologie montre essentiellement une péricapillarite (ou une pérिमicroangite), avec polynucléaires au moment de l'éclosion de l'élément, et lymphocytes par la suite.

Le sang est un sang d'infection légère, avec, en général, leucocytose et polynucléose légères, et, dans les cas chroniques, une tendance à la neutropénie et à la lymphocytose.

Les épreuves des syndromes hémorragiques sont négatives, ou presque négatives.

Assez souvent, cependant, existent quelques anomalies, mais très inconstantes, très petites, très passagères, variables d'un sujet à l'autre et volontiers, chez le même sujet, d'un jour à l'autre. Par exemple : un minime allongement du temps de saignement, d'une à quelques minutes ; une toute petite imperfection de la rétraction du caillot. Tout cela n'est rien.

Une épreuve est assez fréquemment positive, bien que sans excès : celle du lacet. Cela ne saurait étonner, puisque ce signe indique une fragilité ca-

pillaire. Lorsqu'on le trouve au bras, alors que la maladie semble, ce qui est habituel, strictement localisée aux membres inférieurs, le lacet démontre l'existence de lésions latentes.

La cause des purpuras inflammatoires banaux n'est pas connue. Mais on ne saurait qu'être frappé de ce fait : bien que les différentes maladies ou variétés cliniques, qui constituent le groupe des purpuras inflammatoires banaux aient été étudiées par des auteurs qui s'ignoraient les uns les autres et ne jetaient pas de pont entre leurs recherches et celles des autres, la plupart de ces auteurs ont irrésistiblement pensé à une origine tuberculeuse — sans d'ailleurs arriver à la démontrer vraiment.

Le purpura est superficiel (dermique) ou profond (hypodermique). Le purpura superficiel est le purpura inflammatoire pétéchial ; il a des taches rouges plus ou moins pures ou mêlées d'érythème.

Il se relie aux arythèmes inflammatoires par l'intermédiaire des formes purpuriques de ces érythèmes.

Le purpura profond est le purpura inflammatoire ecchymotique ou ecchymatose inflammatoire de M. Paul Chevallier. Il se relie aux nodules d'érythème profond.

Chaque variété est aiguë ou chronique. Pour le purpura inflammatoire pétéchial, la forme aiguë est le purpura rhumatoïde banal ; la forme chronique, le purpura inflammatoire chronique de

M. Paul Chevallier appelé purpura pétéchiâl (ou dermique) inflammatoire chronique.

Pour le purpura inflammatoire ecchymotique, la forme aiguë est le purpura inflammatoire ecchymotique aigu ou ecchymatose inflammatoire aiguë ; la forme chronique, l'ecchymatose inflammatoire chronique, décrite par M. Paul Chevallier.

Chacune de ces variétés est simple et s'accompagne de foyers dans les différents systèmes ou organes.

Les variétés ecchymotiques sont beaucoup plus pauvres en manifestations viscérales que les variétés superficielles.

Le purpura peut être généralisé ou localisé.

Il existe des formes localisées cutanées généralement atténuées, des formes localisées muqueuses, et des formes localisées viscérales, sur lesquelles a insisté M. Paul Chevallier (par exemple, la forme rénale hématurique, le purpura gastrique solitaire de MM. Paul Chevallier et Fr. Moutier).

La forme qui nous occupe est la forme localisée à la muqueuse palatine.

II

LE PURPURA PALATIN ISOLÉ INFLAMMATOIRE AIGU

ETUDE CLINIQUE

M. Barthélémy donne du purpura palatin la description suivante : « Une prostituée en parfaite santé et exempte de toute lésion — purpurique notamment — de la peau et des muqueuses, montre à l'examen de sa cavité buccale une ou plusieurs taches ecchymotiques sur le voile du palais, et là seulement.

« Celui-ci est d'ailleurs intact, avec un revêtement non érodé et de coloration normale, avec une consistance, une souplesse, une mobilité également normales, la voix n'étant pas altérée ni la déglutition gênée.

« Les ecchymoses, de nombre, de disposition, de forme et de dimensions variables, ont une coloration franche et vive, d'un rouge sanguin, et n'entraînant aucune sensation douloureuse ou autre. Elles sont ignorées de la malade.

« La santé générale est normale et l'on ne trouve à l'interrogation aucun traumatisme (banal) responsable... Le reste de la bouche... est normal. Les gencives ne saignent pas. »

En 1933, M. Paul Chevallier écrivait :

« La tache purpurique est due à une extravasation sanguine dans l'intérieur de la muqueuse.

Celle-ci est d'ailleurs parfaitement plane, indolore et de surface saine. La tache est rouge. Elle peut être petite et unique. En général, les taches sont nombreuses, confluentes ou non, mais le diamètre des plus grandes d'entre elles ne dépasse guère quelques millimètres ; souvent des taches petites accompagnent une ou deux plus étendues ; les contours des taches relativement larges sont irréguliers, découpés, géographiques ; leur surface est uniforme ou piquetée.

« Pour imaginer sans l'avoir vue la forme la plus habituelle, on peut se représenter quelques petites taches d'encre voisines, écrasées plutôt que pompées par un buvard de mauvaise qualité.

« La colonie même est d'étendue variable : un à plusieurs centimètres. Elle est bilatérale ou unilatérale ; lorsqu'elle était unilatérale, nous l'avons toujours vue du côté gauche. Elle siège à la racine du voile. Mais Barthélémy exagère lorsqu'il écrit qu'on ne la voit que sur le voile seulement : nous l'avons remarquée deux fois à la partie postérieure du palais dur. Dans le cas récent de Colin, une quinzaine de pétéchie étaient disposées en une bande transversale de 1 cm. de large sur 3 cm. de long, à l'union de la partie osseuse et membraneuse du palais. Chez une autre malade, deux groupes grossièrement triangulaires siégeaient de chaque côté du raphé à la naissance du voile. Souvent les éléments purpuriques forment une traînée allongée d'avant en arrière.

« L'évolution, dit Barthélémy, se fait en quelques jours vers la guérison par une dégradation croissante de la coloration et des contours, avec effacement progressif. » Nous l'avons vue durer 3 à 6 jours ; en règle, le sang se résorbe sans la détruire sur place : la tache se résorbe en se rétrécissant et en pâlisant légèrement, mais sans devenir jaune.

« La première malade de Barthélémy avait présenté une hémorragie gingivale ; elle racontait qu'elle avait eu la bouche pleine de sang. Ce cas est jusqu'à présent unique. »

Depuis cette époque, dans ses notes et mémoires sur les purpuras inflammatoires, M. Paul Chevallier a précisé certains points.

Voici aujourd'hui comment il pense que l'on peut résumer la description du purpura palatin.

I. — ANTÉCÉDENTS.

a) *Au point de vue général*, rien de particulier. La tuberculose familiale ou personnelle est exceptionnelle. La syphilis, bien que non constante, est de règle (mais jusqu'à plus ample informé, ce fait ne signifie pas grand chose, puisque la plupart des sujets observés sont des prostituées).

b) *Au point de vue d'une diathèse hémorragique*, rien encore de particulier. Les malades ne présentent pas les stigmates d'une diathèse hémorragique chronique.

« A priori, écrit M. Paul Chevallier en 1933, nous avons pensé que les malades étaient de petits

hémogéniques. Dans les antécédents, tantôt nous n'avons rien noté digne d'être rapporté ; tantôt on nous a signalé quelques anomalies, à savoir : des épistaxis, épistaxis fréquentes de la puberté aujourd'hui disparues ; épistaxis en moyenne deux fois par mois, apparaissant surtout dans les jours qui précèdent les règles ; des « bleus » faciles ; des règles anormalement abondantes, prolongées ou survenant deux fois dans le mois. *Mais aucune de ces anomalies n'est constante* ; certaines femmes, bien que sollicitées, ne racontent rien qui puisse faire penser à une diathèse hémorragique.

Nous concluons donc que, si l'hémogénie ou l'hémorragiose anhémostatique, peuvent prédisposer au syndrome, *elles ne sont pas nécessaires à sa production.*

La seule circonstance qui, chez les femmes observées, s'est trouvée dans tous les cas, est la coexistence de la période cataméniale. Une fois l'ecchymose précéda les règles de trois jours : la femme, âgée de 28 ans, a facilement des ecchymoses traumatiques, elle saigne assez souvent du nez et, depuis peu, les règles sont devenues abondantes et très prolongées (dix jours). Chez les autres malades, l'ecchymose fut constatée (sans qu'on en ait pu déterminer le début) pendant les règles ou dans les quatre jours qui les suivaient.

La tendance hémorragique qui précède et accompagne les menstrues est bien connue. Les médecins qui font souvent des injections intra-fessières

savent que, chez la femme réglée, la piquûre saigne anormalement. La diathèse congestive et hémorragique peut s'accompagner au début d'une légère modification de la coagulation, mais elle ne se traduit pas par les stigmates habituels de l'hémogénie.

En conclusion, le purpura palatin paraît habituellement favorisé par l'hémorragiose cataméniale.

Sexe. — Un seul homme contre une vingtaine de femmes. Mais en réalité, il convient d'exclure les prostituées chez qui l'examen de la bouche est fait de façon systématique. Cette exclusion étant faite, M. Paul Chevallier donne un homme et une femme (deux avec le cas traité dans la seconde partie de ce mémoire). C'est dire que l'un et l'autre sexe semblent également prédisposés.

Age. — L'âge le plus bas fut 19 ans, le plus élevé 47 ans (la femme à laquelle nous venons de faire allusion et qui fait l'objet de la seconde partie de ce mémoire avait 57 ans). En général, l'âge est de 25 à 35 ans. L'affection paraît surtout atteindre les adultes jeunes. Mais, à notre connaissance, l'attention d'aucun pédiatre n'a encore été attirée sur le purpura palatin isolé.

2. — **ÉTAT GÉNÉRAL.** — La maladie survient presque toujours chez des sujets dont l'état général est excellent. Aucun trouble organique spécial n'en précède l'apparition.

3. — **DÉBUT.** — Le début est très insidieux.

Presque toujours le purpura palatin n'est recon-

nu qu'au hasard d'un examen qui n'est pas justifié par une maladie.

Deux fois seulement, M. Paul Chevallier a vu des patients consulter pour le purpura palatin : l'un, un homme, avait appris son existence, toute récente, par le dentiste chez qui il suivait un traitement régulier ; l'autre, une femme, que le Docteur Colin, assistant à l'hôpital Cochin, soignait de la syphilis, avait aperçu l'anomalie en se regardant la langue dans une glace.

Si l'on interroge les malades, certains affirment que leur santé n'a subi aucun trouble. Mais beaucoup, la plupart même, signalent que, sans y avoir attaché grande importance, la veille, l'avant-veille, trois ou quelques jours avant qu'on ne se soit aperçu du purpura, ils ont ressenti un léger malaise général, parfois ont mal dormi...

4. — SIÈGE ET ÉTENDUE DE L'ÉRUPTION ET FORME DE L'ÉRUPTION.

L'éruption est presque toujours symétrique. Lorsqu'elle s'est montrée unilatérale (à la date de l'examen) elle siègeait surtout à gauche.

L'éruption peut être profuse, moyenne ou discrète.

Profuse, elle occupe toute la face antérieure du voile et du palais dur dans son tiers ou sa moitié postérieure. Il est tout à fait exceptionnel que le purpura occupe aussi la partie antérieure du palais.

Moyenne ou discrète, l'éruption n'occupe, de

chaque côté de la ligne médiane, respectée ou peu atteinte, que deux plages grandes comme le bout du pouce, du petit doigt et d'une surface plus réduite encore.

Le siège se trouve soit à la racine de voile, soit non loin de la racine du voile. Cinq fois M. Paul Chevallier l'a vu à la partie postérieure du palais dur, généralement à quelques millimètres du raphé vélopalatin. Souvent il l'a vu à l'union de la partie osseuse et de la partie membraneuse. Dans d'autres cas, relativement nombreux, seul le voile est atteint.

Tantôt — forme fréquente — se sont des bandes transversales, des ovales allongés dans le sens transversal. Tantôt des traînées, des ovoïdes ou des triangles allongés d'avant en arrière sur le voile (ce qui est le plus habituel) — ou d'arrière en avant sur le palais dur. Rarement les groupes d'éléments purpuriques prennent une forme vaguement arrondie.

5. — ASPECT DE L'ÉRUPTION.

L'éruption est très variable de qualité suivant les cas. Tous les types s'observent que l'on peut observer sur la peau dans un purpura inflammatoire quelconque, et en particulier un purpura rhumatoïde. Les aspects peuvent être divisés en purpuriques purs et en érythématopurpuriques.

Purpurique pure, l'éruption est formée de fines pétéchie, de petites taches, parfois de grandes taches à contours irréguliers, assez souvent à la fois de pétéchie et de taches rouges de taille variable.

Erythématopurpurique, l'éruption montre côte à côte des taches érythémateuses, s'effaçant sous la pression du doigt, et des taches purpuriques typiques. Parfois des taches purpuriques sont cerclées d'érythème. La couleur de l'érythème est rose foncé, rouge, ou, très souvent, rouge un peu jaunâtre, ou carminé. La surface des grandes taches est uniforme ou pignacée.

La muqueuse est autrement parfaitement normale à la vue et au toucher. Il n'a jamais été signalé d'éléments nettement saillants. Mais les éléments érythémateux peuvent être un peu succulents.

6. — EVOLUTION.

L'éruption passe par trois phases que M. Paul Chevallier a plusieurs fois pu observer nettement.

Une phase de début, tantôt d'emblée purpurique, tantôt érythémateuse ou plutôt érythématopurpurique.

Une phase d'état, franchement purpurique (exceptionnellement mêlée de quelques taches érythémateuses).

Une phase de déclin, où les éléments *diminuent de nombre*, se rapetissent et occupent moins de place. Par exemple, une éruption parfois devient localisée ; une éruption formée surtout de grandes taches peut, après quelques jours, n'être plus formée que de petites taches et de fins points rouges.

L'éruption disparaît sans jaunir ; le purpura devient seulement plus mat et plus pâle (sauf au ni-

veau des fines ponctuations). Cependant l'état général est bon ; les malades ne savent qu'ils ne sont pas guéris qu'en regardant leur palais dans une glace.

7. — COMPLICATIONS.

Il n'en a jamais été signalé. Aucune adénopathie. Rate normale (P. Chevallier). Aucune douleur. Aucune angine n'a été vue.

Marche. Durée. Terminaison.

La marche est toujours la même dans tous les cas connus. Après un début marqué assez souvent par un très léger malaise, la maladie guérit en trois à huit jours. Trois jours paraît un peu bref. En général, si l'on tient compte du léger malaise (sommeil agité, etc.) que signalent les malades, il ne semble guère exister de cas qui guérissent en moins de dix jours. La durée semble pouvoir parfois atteindre un dizaine de jours.

La guérison est complète, sans aucune séquelle.

Aucun cas de rechute n'a encore été signalé, bien que M. Paul Chevallier ait, depuis six ans, attiré l'attention des personnes guéries sur la possibilité d'une rechute et qu'il n'en ait réexaminé plusieurs de façon systématique.

ETUDE SANGUINE

1. *Epreuves des syndromes hémorragiques*

En 1933, M. Paul Chevallier écrivait : « Nous avons fait six examens complets de sang et quelques examens incomplets. *Coagulation en petits tubes toujours normale*. Signe du lacet toujours négatif (dans deux cas, quelques très rares pétéchies après deux minutes). *Temps de saignement normal* et même parfois raccourci (1' 1/2, 2' 1/2).

Depuis cette époque, les résultats ont été les mêmes : les épreuves des syndromes hémorragiques sont négatifs ou quasi-négatifs.

2. *Globules rouges, plaquettes et globules blancs*

« Globules rouges, globules blancs et plaquettes normaux ; aucune anémie ; les petites particularités observées dans la formule leucocytaire (tendance à la monomicrose, lymphocytose, éosinophilie légère) n'ont rien de constant » (P. Chevallier, 1933). Les examens ultérieurs confirment ces résultats.

Deux faits attirent cependant l'attention.

D'abord l'absence de polynucléose neutrophile, polynucléose qui est habituelle dans les purpuras

rhumatoïdes. L'explication de ce fait est sans doute que la poussée purpurique est légère et que l'examen du sang n'est jamais fait qu'au déclin de la maladie.

Ensuite la fréquence de la lymphocytose, lymphocytose à petits lymphocytes. On en trouve souvent 10 à 16 %, alors que le nombre normal de ces petits lymphocytes ne dépasse guère 7 à 9 % chez les sujets normaux. Cette lymphocytose suggère l'hypothèse d'une tuberculose ; on sait que cette hypothèse a été mise en avant pour tous les purpuras inflammatoires idiopathiques.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic est évident. Le purpura ne sera pas confondu avec les nœvis ni avec les érythèmes passagers que l'on voit parfois dans la même région. Nous n'insistons pas sur les erreurs grossières, comme les plaques syphilitiques, etc.

Bien que dans les purpuras ordinaires qui s'accompagnent de manifestations palatines et vélaires, les points ou taches purpuriques ne sont presque jamais groupés en des lieux bien déterminés comme dans le purpura palatin isolé, ce diagnostic ne saurait être porté sans un examen complet du malade.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Le pronostic est excellent.

Cependant, hanté, peut-être à tort, par l'hypothèse d'une tuberculose louvée, M. Paul Chevallier prescrit volontiers de prendre, pendant fort long-

temps, de très fortes doses d'huile de foie de morue ambrée. Ce traitement ne peut évidemment pas être conseillé chez les sujets qui sont intolérants aux graisses (on demande si les sardines à l'huile sont bien digérées).

PATHOGÉNIE.

Théorie mécanique. — Barthélémy, en 1928, s'exprime ainsi :

« Quelle pouvait être la pathogénie d'une telle affection, si singulièrement circonscrite ? Les causes générales paraissaient être écartées. Parmi les causes locales, soit par l'examen, soit par l'interrogatoire, on ne décelait rien : pas d'affection dentaire, pas d'applications médicamenteuses, pas de brûlure par aliments, condiments, boissons ou cigarettes, pas de traumatisme comme celui, classique, de la chute d'un crayon tenu droit dans la bouche.

« J'allais, en désespoir de cause, cesser mon questionnaire, quand la femme s'écria : Ah ! j'y suis... c'est le client de l'autre jour ! Et elle m'explique que ce client était plein d'exigences. Non seulement il avait demandé le coût *ab ore*, mais il avait réclamé de la conviction, de l'ardeur, de la frénésie, du délire bachique. Heureusement, il avait une partenaire consciencieuse, qui s'était attachée au travail comme la pieuvre à sa proie. Son orgueil professionnel aidant, elle avait mis tout son zèle, toute son ambition dans la réussite, et ses persévérantes aspirations avaient fini par obtenir un succès

trionphal. Mais un vide aussi opiniâtre et aussi poussé avait créé une dépression barométrique telle que des suffusions sanguines s'étaient produites au point le plus exposé et le plus fragile, dans les tissus les moins denses.

« Tel est le mécanisme pathogénique auquel je m'étais arrêté pour ma satisfaction personnelle, en face d'une lésion aussi peu courante.

« J'avais toutefois conservé un certain doute dans l'esprit. Mais l'année suivante, au dispensaire de salubrité, j'eus l'heureuse fortune de rencontrer une autre femme porteuse d'un purpura vélopala-tin. Fort de mon expérience, je pris l'offensive et n'eus aucune peine à faire avouer à cette seconde victime quelles sévices pneumatiques elle avait subies... activement.

« Le mystère était donc éclairé. Il s'agissait bien d'un purpura vélopala-tin *a vacuo*, affection vénérienne par excellence, comme le montrent bien les circonstances qui viennent d'être rapportées par le menu. »

En 1928, M. Paul Chevallier discuta cette pathogénie et invoqua le traumatisme direct.

En 1933, il se rallia à la thèse de M. Barthélémy : « Il semble bien qu'il faille invoquer la dépression, c'est-à-dire un mécanisme comparable à celui de la ventouse... dans tous les cas le purpura vélopala-tin succède à des « efforts violents et répétés d'aspiration au cours d'un coït *ab ore* particulièrement laborieux et prolongé ». (Barthélémy).

Critique de la théorie pneumatique

1. Le purpura palatin est une affection aiguë qui ne se reproduit pas.

En 1933, M. Paul Chevallier faisait cette remarque à la fin de sa communication.

« Il serait vain de se dissimuler que l'explication est imparfaite. Nous avons suivi pendant deux ans deux des femmes qui avaient présenté des ecchymoses palatines ; or, bien qu'il soit quasi certain que leur technique de travail n'a pas changé, nous n'avons jamais vu l'accident se reproduite. »

2. L'assimilation du purpura vélopalatin et du « suçon » n'est pas objectivement très exacte.

M. Paul Chevallier le faisait déjà remarquer en 1938. « La comparaison de Barthélémy avec un suçon n'est pas exacte au point de vue de la forme ; c'est une colonie de taches purpuriques isolées ou en partie confluentes. » Pour appuyer sa thèse, M. Barthélémy a publié l'observation d'un homme de 40 ans, quelque peu hépatique, qui, après un coït *ab ore*, présenta sur le gland deux « taches purpuriques foncées, circulaires, tangentes et superposées, mesurant respectivement 5 et 8 mm. de diamètre. Les contours sont un peu diffus ; la teinte ecchymotique est d'un violet sombre... ». Une seule fois, M. Paul Chevallier a vu chez une prostituée une large tache purpurique du clitoris imputable à des

manœuvres saphiques. Il répète que, dans ces cas, le syndrome clinique n'est pas le même que celui du purpura palatin.

3. Le purpura palatin n'est pas spécial aux prostituées, ainsi que le croyait Barthélémy. En 1933, M. Paul Chevallier écrivait que la maladie n'a jamais encore, à notre connaissance, été observée que chez des prostituées ». Depuis cette époque, il en a vu trois cas qui atteignaient des sujets n'appartenant pas à cette catégorie sociale : deux chez des femmes, dont une assez âgée, et un chez un homme dans la force de l'âge.

A priori, ces malades ne se livraient pas à ces manœuvres génitales hémétiques sur lesquelles M. Barthélémy a insisté. On doit objecter qu'en dépit de toutes les apparences, personne n'est insoupçonnable. Aussi, ne donnons-nous pas le fait ci-dessus comme une preuve de l'exactitude de la thèse « pneumatique », mais seulement comme une raison de la mettre en doute.

4. Origine inflammatoire du purpura palatin isolé. Dans sa communication de 1936, M. Paul Chevallier a apporté la preuve que si l'aspiration pouvait peut-être parfois constituer une cause adjuvante, elle n'en était pas la vraie cause. Notre maître écrivait à cette époque :

« Depuis notre dernière note, nous avons modifié notre opinion sur le sujet.

« 1. Le purpura palatin ne paraît spécial aux prostituées (chez qui, d'ailleurs, il est très rare) qu'à cause de sa latence ; seul, le palais des prostituées est examiné souvent de façon méthodique. En réalité, il peut même exister chez des hommes.

« 2. Chez de pareils sujets, on ne saurait généralement admettre ni une pathogénie comparable à celle invoquée par Barthélémy, ni même un choc.

« 3. Le purpura palatin est relié par tous les intermédiaires à l'érythème palatin en petites taches, qui a le même siège et qui est, lui aussi, très rare.

« 4. Le purpura palatin apparaît comme une variété du purpura inflammatoire discret et localisé. »

L'idée en a été suggérée à notre maître par ses études sur les purpuras inflammatoires idiopathiques et en particulier sur les formes localisées, comme la forme rénale, la forme gastrique (à laquelle il a consacré de nombreux travaux avec M. Moutier).

La preuve en est donnée par la *coexistence de taches érythémateuses et de taches purpuriques* et par la transformation en taches purpuriques de taches érythémateuses chez les malades qui peuvent être suivis de façon convenable.

Aux points de vue général et sanguin la maladie a tous les caractères d'un purpura inflammatoire idiopathique aigu bénin et localisé.

Deux *observations*, où l'association d'érythème et de purpura fut particulièrement nette.

La première observation est particulièrement démonstrative : elle montre chez un homme, insoupçonnable d'habitudes génitales anormales, et que M. Paul Chevallier connaît depuis longtemps et a soigné les enfants, la coexistence côte à côte d'une tache purpurique et d'une tache érythémateuse.

La seconde observation concerne une prostituée, mais, lors du premier examen, l'aspect d'érythème hémorragique était typique ; lors du second examen le purpura avait diminué, et, à ce moment, il était pur.

OBSERVATION I (Paul Chevallier, 1936).

M. C..., 47 ans, menuisier. Le 26 juin 1935, il nous montre des taches palatines qu'hier lui a signalées son dentiste. Lui-même n'en souffre pas et ne les soupçonnait pas. A quelques millimètres de l'insertion du voile, sur le palais dur, existe, à peu près médiane, une tache purpurique typique de 2 à 3 mm. de diamètre et de contours un peu irréguliers. Un peu en avant et en dehors se trouve, du côté gauche, une tache plus grande (6 à 7 mm.) à centre plus clair, et nettement érythémateuse. Elle s'efface sous la pression du doigt, alors que l'autre ne s'efface pas. L'examen des organes et des fonctions ne montre rien de particulier. Mais le malade signale que depuis 8 jours, il ressent la nuit un mal de tête qui l'empêche de bien dormir. Le 28, la

grande plaque, l'érythémateuse, est réduite à une tache rosée ; la petite tache, purpurique, est toujours bien visible, mais est moins rouge. Le 30, une trace de cette plaque persiste encore. Le 2 juillet, tout est disparu, ainsi que, depuis 3 jours, la céphalée légère de la nuit. Sang normal. 640.000 plaquettes (sujet gras, un peu pléthorique, sans hypertension). Coagulation 15'. Rétraction normale. Temps de saignement allongé : 8'. Lacet négatif. Gl.r., 4.896.000 ; Hg. 105 ; Vgl., 1,07 ; Gl. bl., 8.800 ; Neutro., 47,5 (Arneth 10, 31, 48, 10, 1) ; Eos., 2,5 ; Baso., 0,5 ; Petits Lymphoc. 15,5 ; Grands Lymphoc. et Monocytes, 34. Cutituberculinique non faite ; aucun signe clinique de tuberculose (examen fait le 26 juin).

Le malade, revu à diverses intervalles, de 1935 à juillet 1939, n'a présenté ni récurrence ni aucune particularité.

OBSERVATION II (due à l'obligeance de M. Paul Chevallier).

Gen... Hélène, 33 ans, prostituée .

Le 27-7-39, le palais dur et le voile sont couverts de taches rouges ; les unes sont des pétéchies typiques, grandes comme des pointes ou des têtes d'épingles, parfois grandes comme une petite lentille ; les autres sont des taches érythémateuses *carminées*, plus ou moins grandes (diverses tailles des lentilles), qui s'effacent sous la pression du doigt. Quelques éléments ont un centre purpurique et une

collerette érythémateuse de rouge jaune si particulier.

L'examen actuel fait découvrir la maladie. Cependant, il y a trois à quatre jours que la patiente a ressenti un certain malaise général ; elle n'a pas pris sa température. Nulle trace de purpura ailleurs. Gorge et amygdales normales. Dentier supérieur depuis douze ans, par dents gâtées. Rate et foie normaux. Aucune adénopathie. Cœur et poumons normaux. Habituellement digestions parfaites de tous les aliments. Tension 13-9. Femme maigre (l'a toujours été, malgré un bon appétit). Antécédents : père tué à la guerre de 1914-1918 ; la mère, âgée de 60 ans, serait bien portante.

A 17 ans, la malade n'était pas encore réglée. Rhumatisme articulaire aigu qui la tint deux mois au lit. A ce moment, on lui trouva, dit-elle, un souffle diastolique aortique. Angines fréquentes. Nouvelle crise de rhumatisme à 28 ans : trois mois de lit, et à 30 ans : durée 15 jours. Ictère catarrhal quelques mois après.

Le 14 août 1939, purpura palatin très diminué. Il n'y a plus trace de taches érythémateuses. Les pétiéchies ont diminué de nombre sur le palais et le voile.

Le 4 août, tout a disparu : voile et palais sont normaux, santé excellente. Il a été prescrit six cuillerées à soupe par jour d'huile de foie de morue ambrée.

III

LE PURPURA PALATIN ISOLÉ RÉCIDIVANT

M. Paul Chevallier a tendance à comprendre ce purpura palatin isolé récidivant aux formes chroniques localisées des purpuras inflammatoires idiopathiques. Il pense cependant qu'il n'y a peut-être pas un grand infiltrat périvasculaire et que la lésion est, peut-être, plus pariétale que périvasculaire.

Comme dans les purpuras chroniques inflammatoires, les épreuves des syndromes hémorragiques peuvent être légèrement positives ; en particulier un léger allongement du temps de saignement et un signe du lacet positif (le signe du lacet est un signe de fragilité capillaire).

OBSERVATION III (inédite), due à l'obligeance de M. Paul Chevallier.

Mat... Lucie, 57 ans, commerçante.

Le 1^{er} août 1939, le purpura palatin est découvert au cours d'un examen complet. Il n'existe pas trace d'autre localisation purpurique. Les pétéchies, pures, sont fines et nombreuses ; elles forment deux

groupes allongés dans le sens transversal et se rejoignent sur la ligne médiane du palais. Ces groupes de pétéchies siègent à quelques millimètres en arrière de la jonction vélopalatine, sur la muqueuse du palais dur.

Aucun signe fonctionnel ni malaise. Cependant, sans raison apparente, la malade n'a pas dormi la nuit d'avant-hier.

Femme robuste, trapue, plutôt un peu grasse, bien qu'elle ait beaucoup maigri de façon progressive (poids : 92 kilos, il y a 10 ans). Très bien réglée jusqu'à 47 ans où ménopause. Jamais de grossesse.

En 1937 et 1938, fréquents maux de tête, disparus presque complètement depuis un an. Zona en janvier 1939. Sommeil bon, mais souvent léger et irrégulier. Constipation. Par périodes de quelques semaines depuis un an ou deux, la malade est prise brusquement après le repas d'une sensation très forte de pesanteur sur l'estomac, sensation qui reste intense 30 à 60 minutes, puis diminue (c'est le motif de la consultation). N'aime pas les graisses et n'en mange jamais.

L'examen est négatif. Quelques taches rubis sur le tronc ; veinules dilatées à la base du thorax surtout à droite. Tension 16 1/2—10 indice 4 (Pachon). Foie et rate normaux.

Traitement : viandes rôties et grillées, légumes, peu de vin. Laxatif.

Le 14 août 1939. La malade va bien. Elle pré-

sente toujours du purpura palatin, mais beaucoup plus discret. Les fines pétéchie ne se trouvent plus en arrière de la jonction du voile et du palais dur, mais sur cette ligne de jonction : le groupe gauche est discret, le groupe droit est un peu plus grand (4 cm. de long sur 2 dans le sens antéropostérieur). Il doit être souligné que le siège n'est pas exactement le même ; donc la poussée précédente a disparu et nous sommes en présence d'une nouvelle poussée.

Sang, 21.1.38 : gl. r. 4.232.000 ; hgl. 75 ; vgl. 0,89 ; gl. bl. 7.000, dont 77 neutrocytes, 2 éosinos, 3 monos, 18 lymphocytes Cholestérol 1,50. Urée sanguine 0,29. Wassermann négatif.

3.8.39 : gl. r. 4.432.000 ; hgl., 100 ; vgl., 1,13, très légère anisocytose (normocytose et légères microcytose et macronormocytose) ; présence d'hématies naines ; très légère poikilocytose ; couleur et colorabilité norm. ; réticuloocytes 2 % ; plaquettes 236.000, normales. Globules blancs 4.600, dont % 57,5 neutrophiles (Arneth 9, 42, 37, 12, 0), éosinophiles 1,5, microlymphocytes 15,5, grand mono. sans granulations (macrolymphocytes 14,5, monocytes typiques 5, ombres de Gumpecht 6). Coagulation en petits tubes 13' ; rétractilité normale ; saignement, 9 à 10' ; Lacet positif très fort après 9' et relâchement de lien 6' ; Sérum de couleur un peu plus jaune que la normale.

CONCLUSIONS

1. — Le purpura palatin isolé décrit pour la première fois par M. Barthélémy, était étudié par M. Paul Chevallier. Il n'est pas fréquent.

2. — Ne s'accompagnant d'aucune gêne ni douleur, il est généralement ignoré des malades. Il a surtout été vu chez des prostituées, dont la bouche est examinée systématiquement une ou deux fois par semaine. Mais il existe chez d'autres personnes et a été vu chez l'homme.

3. — Dans sa forme habituelle, le purpura isolé aigu du palais commence parfois insidieusement avec un très léger malaise. Il peut être au moins au début érythématopurpurique. Il évolue en peu de jours, guérit sans complications et complètement. Il ne récidive pas.

Le sang est normal. Les épreuves des syndromes hémorragiques sont négatives ou quasi négatives. La lymphangite est habituelle au moins au déclin.

4. — Son origine n'est pas mécanique comme

on l'a vu au début, mais inflammatoire. C'est un érythème hémorragique. Le purpura palatin isolé aigu apparaît comme une des formes localisées des purpuras inflammatoires idiopathiques aigus. L'hypothèse d'une tuberculose spéciale aiguë peut être agitée, mais aucun argument ne la confirme vraiment.

5. — Il semble exister un purpura palatin chronique récidivant dans une seule observation récente et, par cela même, incomplète, ce qui ne peut permettre d'écrire l'histoire.

Vu : *Le Doyen,*
TUFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

A. — DU PURPURA PALATIN ISOLÉ

- BARTHÉLÉMY (R.). — Une affection vénérienne peu banale : le purpura vélopalatin « a vacuo ». *Annales des mal. vénériennes*, n° 6, juin 1928.
- Ecchymoses vénériennes « a vacuo » des muqueuses. *Annales de dermat. et de syphiligr.*, n° 1, novembre 1932, pp. 1021-1024.
- CHEVALLIER (Paul). — Sur le purpura vélopalatin des prostituées. *Annales des mal. vénér.*, nov. 1928, n° 11, p. 825.
- Sur le purpura palatin de Barthélémy. *Soc. franç. d'hématologie*, 5 mai 1933. *Le Sang*, t. VII, 1923, pp. 649-652.
- Sur le purpura palatin de Barthélémy. *Soc. franç. d'hématologie*, 5 mars 1938. *Le Sang*, t. X, n° 5, 1936, pp. 535-536.

En outre, du même auteur, articles sur les purpuras inflammatoires idiopathiques et localisés.

B. — DES PURPURAS INFLAMMATOIRES BÉNINS

- CHEVALLIER (Paul). — Les purpuras inflammatoires bénins primitifs. *Problèmes actuels de pathologie médicale*. III. Masson, éd., 1934.
- Le Purpura inflammatoire primitif bénin chronique. *Se-maine des Hôpitaux de Paris*. 1934, pp. 265-276.
- Pour comprendre les Purpuras. *Le Foie*, n° 10, 1936.
- CHEVALLIER (Paul) et MOUTIER (Fr.). — La Gastros-copie dans les maladies du sang. *Le Sang*, XI, 9, 1937, pp. 935-971.

CLOTTEAU (E.). — Le Purpura Gastrique solitaire. *Thèse*, Paris 1937 (*Bibliographie*).

HARVIER, CHEVALLIER (Paul), MOLINE et ELY (Z.). — Un cas de purpura inflammatoire chronique idiopathique. *Société d'hématologie*, 5 février 1936, et *Le Sang*, IX, 1935, pp. 306-314.

CHEVALLIER (Paul). — Classification des Purpuras. *Revue belge des Sciences médicales* X, 3 mars 1938, pp. 113-125.

— Les Purpuras inflammatoires chroniques. *Bruxelles Médical*, 1939, n° 17, 26 février.

DHÉRY (Pierre). — Les Purpuras inflammatoires chroniques. *Thèse*, Paris 1939.

YAZDI (Mohammed). — Le Purpura annulaire télangiectoïde de Majocchi. *Thèse*, Paris 1939.

